1 4

A QUELLE LIMITE

CONVIENT-IL DE PORTER LA DILATATION

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

POUR EN OBTENIR

LA GUÉRISON RADICALE?

Par le Docteur J. BÉNIQUÉ.

Depuis nombre d'années, nous sommes habitués à entendre répéter que la dilatation, appliquée au traitement des rétrécissements de l'urètre, est une méthode seulement palliative, qui ne guérit point la maladie et en éloigne tout au plus les retours. Ce langage de convention a tellement un faux air d'autorité que l'on serait tenté d'en conclure, par réciproque, que les autres méthodes sont plus curatives et préservent plus sûrement des récidives. M'appuyant, non pas sur une opinion préconçue, mais sur une conviction inspirée par des observations multipliées, j'essaierai de démontrer que cette banalité, déguisée en principe, est absolument l'opposé de la vérité.

Peut-être une des difficultés de la question estelle dans ce mot dilatation, expression vague, applicable à une foule de méthodes fort différentes, entre lesquelles on ne se donne pas toujours la peine d'établir une distinction nécessaire. Que plusieurs méthodes de dilatation ne donnent que des résultats

imparfaits, des demi-guérisons dont le bénéfice disparaît rapidement, rien n'est plus incontestable. Mais la réprobation doit-elle être générale?

La méthode dont j'ai publié les résultats en 1844, et qui consiste à obtenir l'élargissement des rétrécissements par l'introduction successive, dans chaque séance, d'un nombre variable de bougies, différant en diamètre d'une quantité insensible, et qui ne restent dans l'urètre que le temps nécessaire pour les introduire et les retirer, se classe naturellement parmi les traitements dits par dilatation, quoiqu'elle en diffère singulièrement par son principe et par son application. Mais en résulte-t-il qu'à ce seul titre elle mérite l'épithète d'incomplète, de palliative? Je suis très éloigné de le penser.

Pour bien apprécier l'effet produit par la dilatation sur les rétrécissements, il faut tenir compte de la manière dont elle est obtenue et du degré auquel elle est portée. Ces deux questions sont très étroitement liées entre elles ; la seconde est dans la dépendance absolue de la première, c'est-à-dire que certains procédés de dilatation me paraissent inapplicables lorsque l'on veut donner aux points rétrécis un grand diamètre, et le choix entre les méthodes étant nécessairement subordonné aux indications du problème chirurgical, la base de toute discussion doit être celle-ci : A quelle limite convient-il de conduire la dilatation des rétrécissements pour obtenir leur guérison réelle et durable?

Aujourd'hui encore cette question provoquera les réponses les plus diverses. Si, par exemple, on s'en rapportait au jugement des malades, arrivés à des introductions de 7 millimètres, ils éprouvent en

général une si grande amélioration dans leur état qu'ils seraient fort disposés à ne pas pousser plus loin leur traitement, et ils s'empressent de dire au chirurgien qu'ils ont toujours eu le canal très petit, soit que leur infirmité durant depuis un temps fort long, ils aient perdu le souvenir des l'époque à laquelle ils urinaient par un jet volumineux, soit qu'à l'inspection de l'orifice externe, ils croient pouvoir se former une idée des dimensions réelles du canal.

Ces affirmations toutes personnelles, motivées le plus souvent par l'appréhension que cause l'aspect d'instruments volumineux, ne doivent évidemment pas être prises en grande considération. Mais il n'est pas rare de rencontrer de l'hésitation sur ce point même chez des médecins. Plusieurs fois des confrères, au moment où j'avais introduit chez un malade un diamètre de 8 à 9 millimètres, m'ont dit : Que désirez-vous de plus?

Un malade, auquel dernièrement je donnais des soins pour un rétrécissement, me racontait qu'il en avait reçu autrefois de Richerand, avec qui il vivait dans une grande intimité, et qu'arrivé à une dilatation d'environ 7 millimètres, ce célèbre chirurgien s'était refusé à la pousser plus loin. C'était, selon lui, fort inutile, et le malade n'en aurait pas mieux uriné.

Il me paraît cependant facile d'aborder cette question avec des données nettes, précises, susceptibles d'une discussion sérieuse.

L'urètre a la forme d'un cône renversé, dont la partie la plus étroite est à l'orifice externe. Ceci résulte, non-seulement de l'inspection anatomique,

mais de la fonction qu'il remplit; car s'il avait une disposition inverse, l'urine, au lieu de sortir par un jet, tomberait verticalement, sans autre impulsion que celle de la pesanteur.

Un rétrécissement s'est produit à 12 ou 13 centimètres. Que ferez-vous pour guérir cette maladie?

Cette maladie ne consiste pas seulement dans l'empêchement que la stricture oppose au passage du liquide. Si le rétrécissement est la cause, derrière lui est un effet constant, sans exception ; je veux parler de cette distension anormale de la partie postérieure du canal, résultat mécanique de la difficulté longtemps opposée à la sortie de l'urine. Cette distension entretient la membrane muqueuse qui la revêt dans un état perpétuel d'irritation, soit par le tiraillement de ses fibres, soit par le séjour habituel dans cette cavité de quelques gouttes d'urine. Elle est la cause des plus grandes anxiétés des malades. En même temps qu'ils éprouvent au périnée de la douleur, un chatouillement désagréable, ils voient fréquemment s'écouler avec plus ou moins d'abondance du pus, des mucosités, formés évidemment dans cette cavité. C'est là surtout ce qui les afflige, et le plus grand nombre de ceux que j'ai guéris de rétrécissement m'étaient venus consulter, bien plutôt pour des écoulements chroniques, que parce qu'ils urinaient difficilement. Souvent même ils avaient à peine remarqué ce dernier symptôme.

Or, admettons que par des introductions de 6 à 7 millimètres, entretenues même pendant un temps fort long, vous ayez rendu libre, facile l'écoulement de l'urine, aurez-vous rempli votre tâche? Non cer-

tainement; la distension anormale restera à peu près la même, et reproduira tôt ou tard les accidents antérieurement observés. Ce fait ne ressort pas seulement de l'inspection anatomique qui offre constamment à nos yeux, derrière le rétrécissement, un brusque élargissement. L'observation clinique nous le montre chaque jour.

Pendant toute la durée du traitement d'un rétrécissement un peu ancien, on constate que les instruments, surtout lorsqu'ils sont en métal, l'ont à peine franchi, aussitôt la main qui les conduit éprouve une sensation particulière, indiquant qu'ils traversent, non plus un tube, mais une cavité dont les parois échappent en quelque sorte à leur contact. Cette sensation est manifeste, même lorsque l'on a introduit les instruments les plus volumineux. On la retrouve encore pendant les premiers temps qui suivent le traitement. Puis elle diminue progressivement. Sondez, par exemple, un malade qui pendant un an a entretenu soigneusement une dilatation convenable. Si le rétrécissement était fibreux, très induré, peut-être en trouverez-vous encore quelques vestiges, la portion de l'urètre qui en était le siége n'aura peut-être pas repris son élasticité primitive; mais après l'avoir franchi, il ne vous semblera pas que l'instrument se meut dans le vide, comme par le passé. C'est que l'urine, ne rencontrant plus un barrage accidentel, a cessé de faire effort sur les parties latérales, lesquelles, avec le temps, par le travail de la nature, sont revenues sur elles-mêmes, et ont permis à la membrane muqueuse de reprendre son état normal.

La conséquence rigoureuse de cette double étude

anatomique et clinique, c'est qu'il importe beaucoup de rendre autant que possible à la portion rétrécie du canal son diamètre primitif.

Posée ainsi, la question me paraît singulièrement simplifiée, pour ne pas dire résolue. En effet, puisque l'urètre, à l'état sain, représente un cône renversé, dont la partie antérieure est la plus étroite, on n'aura pas atteint le diamètre auquel doit être portée la dilatation du rétrécissement, tant que les instruments ne seront pas assez volumineux pour exercer sur la partie saine antérieure un frottement notable. Une illusion dont on doit se préserver, c'est de vouloir juger les dimensions de l'urètre d'après son orifice externe. Rien de plus variable que ce dernier, et jamais je n'ai pu trouver le moindre rapport entre lui et le canal qui lui fait suite. Ainsi, après avoir incisé, dans l'étendue de 5 à 6 millimètres, un orifice qui offrait à peine 6 millimètres de diamètre, j'ai toujours introduit les instruments les plus volumineux, tout aussi facilemet que chez tel individu dont l'orifice béant avait au moins 12 millimètres de diamètre.

Quelles sont donc, en réalité, les dimensions de l'urètre? A quel terme faut-il limiter la dilatation des rétrécissements? Deux moyens se présentent naturellement pour juger cette question : l'examen anatomique et l'observation pratique.

Si l'on essaie sur le cadavre le cathétérisme d'arrière en avant, c'est-à-dire en pénétrant par la vessie, on sera étonné de l'énorme diamètre des instruments qui parcourront l'urètre avec facilité, et, sans causer la moindre déchirure, arriveront tous jusqu'à l'orifice externe. Tous ne le franchiront pas ;

car ici, nous l'avons dit, les variétés sont nombreuses. Mais ceux mêmes qui seront arrêtés, visibles à travers l'orifice, seront retenus, non point par une portion de tube étroite, ils le seront par une simple cloison dans laquelle l'incision la plus insignifiante leur donnera passage. Cette expérience, je l'avoue, n'est pas concluante. On peut objecter que l'extrême flaccidité des tissus d'un cadavre donne facilement accès à des diamètres qui, pendant la vie, auraient causé des déchirures ou du moins une douleur très vive.

L'examen des malades nous fournira des renseignements plus précis.

Depuis sept à huit ans, j'ai appliqué exclusivement la méthode des introductions successives, à tous les malades que j'ai rencontrés atteints, soit de rétrécissements, soit d'écoulements chroniques ; car ces deux maladies sont pour moi les conséquences d'une seule et même cause, avec cette différence que, dans les cas d'écoulements chroniques, les rétrécissements doivent être recherchés avec plus d'attention et guéris avec plus de soin encore, mais toujours de la même manière.

Le nombre des malades que j'ai traités pendant ces huit années est assez considérable ; je laisse de côté ceux chez lesquels la dilatation fut incomplète, soit qu'ils y aient apporté de la négligence, soit qu'ils aient refusé de se soumettre à l'incision de l'orifice. Chez les autres, je suis presque toujours arrivé au diamètre de 10 millimètres, qui correspond au n° 60 de ma filière, et je suis encore à rencontrer un seul cas dans lequel, l'orifice ayant été franchi, soit naturellement, soit par suite d'une in

cision préalable, ce diamètre de 10 millimètres, en traversant les parties saines, ait causé au malade une douleur insolite, ou, par son frottement, ait paru les remplir d'une manière exagérée. Déjà même, j'ai senti plusieurs fois l'insuffisance de ce diamètre de 10 millimètres, remarque souvent provoquée par les réflexions des malades, et voici dans quelles circonstances.

Plusieurs d'entre eux qui, après avoir été affectés de rétrécissements fibreux et anciens, étaient parvenus à s'introduire facilement le n° 60, m'ont soumis l'observation suivante : Dans le cours de notre traitement, ils avaient vu qu'en général un numéro ne passe pas librement sans secousse, sans frottement, que quand on a introduit des numéros plus élevés ; or le n° 60, n'ayant jamais été dépassé, éprouvait, surtout dans les premiers temps, un frottement qui tourmentait ceux de ces malades qui auraient désiré atteindre, dans leur traitement, une perfection presque idéale. Pourquoi, m'ont-ils dit, puisque le n° 50 n'est arrivé à passer librement qu'après l'introduction des n°s 51 et 52, pourquoi nous arrêter juste au n° 60 ? Il aurait bien plus de liberté si nous avions pu passer le 61 et le 62, et il est difficile d'admettre que, pour tous les urètres, ce n° 60 soit un véritable *nec plus ultrà.*

J'ai répondu que ce sentiment était absolument le mien. Que si jusque là je n'avais pas employé des instruments plus volumineux, c'était par déférence pour d'anciens préjugés, dont je ne tarderais probablement pas à faire justice. Ainsi donc, plus on étudie la question des rétrécissements, plus on voit apparaître en toute évidence cette conclusion, que pour

obtenir de véritables guérisons, il faut sans hésiter inciser l'orifice externe toutes les fois qu'il est naturellement bridé, et continuer la dilatation jusqu'au moment où les instruments seront assez volumineux pour remplir la partie antérieure du canal.

En général, on devra atteindre le diamètre de 10 millimètres, quelquefois même il sera utile de le dépasser. Mais dans quelle proportion? Je n'ose l'indiquer encore exactement; je laisse à chacun le soin d'expérimenter, et je le ferai, quant à moi, avec autant de réserve que de précaution.

Si l'on doutait de la nécessité de cette grande dilatation, il me suffirait de rappeler que la maladie consiste non seulement dans la difficulté d'uriner, mais dans la difformité des parties postérieures au rétrécissement; qu'amener celui-ci à donner un passage facile à l'urine est un palliatif et non une guérison, et qu'en laissant subsister dans l'urètre des différences notables de diamètre, on rendra inévitable le séjour habituel de quelques gouttes d'urine dans les parties excavées.

Cette grande dilatation a-t-elle des inconvénients? On a vaguement formulé, bien plus *à priori* que d'après des faits précis, l'appréhension de l'incontinence d'urine. J'avoue qu'après avoir observé avec beaucoup de soin, il m'a été impossible de surprendre dans les fonctions de l'urètre une imperfection que je pusse attribuer à l'introduction d'instruments volumineux.

Cette grande dilatation est-elle douloureuse? L'objection est assez spécieuse. Ceux-là seuls pourraient répondre qui en ont fait l'épreuve. En général, quand il s'agit de se soumettre à une sensation

inconnue et que l'on suppose douloureuse, l'imagination va facilement au-delà du but.

Je commence toujours le traitement des rétrécissements par l'emploi des bougies flexibles, et lorsque je juge convenable de leur substituer les instruments métalliques, j'entends tous les malades manifester une certaine appréhension ; ils redoutent cette épreuve : ils craignent que la rigidité des bougies ne soit pour eux l'occasion d'une vive douleur. Je leur réponds qu'après un premier essai, je les laisserai parfaitement libres de choisir entre les bougies flexibles ou rigides, et tous sont unanimes pour me demander, après une seule expérience, de continuer désormais à faire usage des instruments métalliques.

L'appréhension que peut leur causer l'aspect d'instruments très volumineux n'est pas plus fondée. Je puis affirmer que, du n° 50 au n° 60, les malades éprouveront moins de douleur qu'ils n'en ont ressenti du n° 40 au n° 50 ; cette seconde période exige toujours beaucoup moins de temps que la première. Il semble que le rétrécissement ne se défend plus et impose moins la nécessité de consacrer parfois plusieurs séances à assurer un degré de dilatation obtenu sans qu'il soit possible de faire le plus léger progrès.

Cette grande dilatation est-elle possible par une autre méthode que celle que j'ai proposée ?

Je ne crains pas de répondre formellement non. Parlerons-nous de la dilatation permanente par les sondes à demeure ? Avec des instruments filiformes d'un très petit diamètre, les malades la supporteront facilement. Dans les diamètres moyens, elle est pénible, douloureuse. Dans les gros diamètres,

elle est impossible en raison des accidents qu'elle provoque presque constamment.

En ce moment je donne des soins à trois malades qui, après avoir souffert nombre d'années, après avoir essayé diverses méthodes, étaient revenus à celle des sondes à demeure. L'un d'eux n'y renonça qu'après avoir été trois fois atteint d'abcès urineux qui venaient tout à coup interrompre son traitement lorsque l'on dépassait le diamètre de 7 millimètres. Chez un autre, l'abcès n'apparut qu'après qu'il eut gardé des sondes de 8 millimètres.

Quant aux méthodes qui consistent à laisser dans l'urètre des instruments pendant un temps variable, une demi-heure, une heure, deux heures, etc., je les crois moins dangereuses, mais presque aussi impuissantes pour obtenir de grandes dilatations.

Pour moi, s'il m'était interdit de procéder, pour arriver à de gros numéros, par des nuances insensibles, de faire usage dans la même séance d'instruments différant tout au plus d'une sixième de diamètre, je me verrais forcé d'arrêter la dilatation à un degré où, dans ma conviction, la guérison est incomplète. Au contraire, ce qui m'encourage, c'est qu'avant d'introduire, je suppose, le nº 57, je viens de faire pénétrer dans le rétrécissement d'autres numéros qui en approchent beaucoup; et il faudrait être plus qu'inattentif et inexpérimenté pour ne pas juger, d'après la manière dont le nº 56 a passé, d'après la douleur qu'il a causé, d'après la résistance qu'il a rencontrée, ce qui adviendra du nº 57.

Changeons les conditions; mettons entre les nu-

méros un plus grand intervalle, une lutte s'engagera, en accepterez-vous les conséquences?

Cette grande dilatation donne-t-elle des guérisons radicales?

On serait peut-être en droit d'exiger des preuves matérielles, absolues. Je voudrais pouvoir dire: Voilà cent malades qui étaient atteints de rétrécissements durs, fibreux et très anciens. Par mes soins, ils sont arrivés à s'introduire facilement des instruments, supposons de 10 millimètres de diamètre; ils ont continué ces introductions tous les mois, puis tous les deux mois, puis tous les trois mois; enfin ils ont pu mettre entre ces introductions un intervalle de six mois ou d'un an, sans perdre de terrain. Mais on concevra facilement quel espace de temps considérable nécessiteraient de pareilles observations.

Il y a bien, en effet, sept à huit ans que j'ai commencé à traiter les rétrécissements et les écoulements chroniques de l'urètre par la méthode des introductions successives. Or, dans les commencements, mes convictions étaient loin d'être aussi profondes, aussi précises qu'aujourd'hui; je n'avais pas encore suffisamment apprécié l'importance d'obtenir une dilatation complète.

J'hésitais souvent, chez un malade auquel j'étais parvenu à introduire des instruments de 8 à 9 millimètres, à faire à l'orifice une incision utile. Quelquefois le malade s'y refusait; quelquefois aussi je ne mettais pas une insistance suffisante pour obtenir une concession qu'on m'aurait certainement faite. J'ai donc dû, par ma faute, laisser plusieurs traitements imparfaits.

Plus éclairé aujourd'hui, j'obtiens des résultats meilleurs. Cependant j'éprouve un assez grand embarras pour démontrer que les malades qui ont le mieux suivi mes conseils sont désormais préservés de toute récidive. En effet, je leur ai recommandé avec les plus vives instances de faire environ tous les mois ces introductions qui leur sont en général aussi faciles que peu douloureuses. Puis-je aujourd'hui leur dire, quand je les rencontre : Cessez brusquement ces introductions dont je vous avais fait comprendre la nécessité; cessez-les afin de satisfaire ma curiosité et de me permettre de juger ce que deviendraient vos rétrécissements abandonnés à eux-mêmes pendant un long période? Un grand nombre d'entre eux suivrait, je crois, impunément ce conseil, mais je n'aurais pas le courage de le leur donner.

Malheureusement, dans les sciences médicales, on ne peut évoquer à volonté les expériences qui doivent affirmer ou détruire telle théorie, tel système. Il faut se résigner à attendre patiemment le contrôle des observations.

Jusqu'ici ce genre d'étude me paraît très concluant en faveur de la cure radicale des rétrécissements; il me paraît surtout prouver que les tissus dont ils étaient formés subissent avec le temps une modification très importante. Ainsi j'ai rencontré un assez grand nombre de faits plus ou moins analogues au suivant.

En 1846, je donne des soins à un malade pour un rétrécissement très dur, très ancien, sur lequel on avait pratiqué de fortes cautérisations. La dilatation est portée à 9 millimètres au n° 54 ; le malade se

trouve dans l'état le plus satisfaisant; il ne voit plus vestige de ces suintements ou écoulements chroniques qui depuis longtemps le tourmentaient beaucoup; de 1846 à 1848, malgré mes conseils, il néglige de faire les introductions que je lui avais recommandées. Il en fit tout au plus trois, par conséquent, à plus de six mois d'intervalle, et il se borna à atteindre le n° 49 ou 50.

En 1848, il vint m'annoncer que le suintement avait reparu; que deux fois il s'était transformé en écoulement assez abondant. J'insistai sur l'insuffisance probable de notre première dilatation, dont les bénéfices pouvaient bien avoir diminué par suite du défaut d'entretien. Elle fut portée à 10 millimètres, et le suintement disparut rapidement.

Dans ce second traitement, je remarquai avec la plus grande évidence, que les tissus qui formaient le rétrécissement avaient singulièrement perdu de leur dureté. En 1846, ce malade m'avait offert de grandes difficultés; quand il vint me consulter, et qu'après l'avoir examiné, je lui annonçai qu'il guérirait probablement dans l'espace de six semaines ou deux mois, au maximum, je vis sur sa figure une expression plus voisine encore de l'incrédulité que du doute. C'est alors qu'il m'apprit que depuis six mois, il suivait entre les mains d'un chirurgien fort habile, et sans faire le moindre progrès, un traitement qui consistait à laisser tous les jours des bougies dans l'urètre, pendant environ une demi-heure.

Avant la fin des deux mois nous introduisions facilement le n° 54. Mais la dilatation avait été pénible et avait offert jusqu'à la fin une grande résistance.

Je m'attendais à retrouver au second traitement les mêmes conditions fâcheuses. En deux séances, nous arrivâmes au n° 54. Puis, à mesure qu'il fut dépassé, les bougies se succédaient avec une extrême facilité. Notre étonnement fut grand, et souvent le malade et moi nous prenions simultanément la parole pour nous faire remarquer ce singulier contraste avec nos souvenirs de 1846.

Que malgré la négligence du malade on retrouve en deux séances, au bout de deux ans, la dilatation précédemment obtenue; rien pour moi de plus simple et de plus naturel. Mais ce qui me frappe plus particulièrement, c'est le changement survenu dans la nature même des tissus qui formaient le rétrécissement; et j'ai vu de ce fait beaucoup d'exemples.

Si l'on objecte qu'il est assez difficile de déterminer exactement par la simple introduction des bougies les propriétés physiques des tissus rétrécis, je répondrai par des observations plus précises encore.

On sait combien sont rebelles au traitement les rétrécissements de la partie antérieure du canal, produits par des tissus fibreux, indurés, qui forment autour de l'urètre ces viroles si manifestes au toucher, surtout lorsqu'un instrument est introduit et sert de point d'appui à l'examen des doigts. Eh bien ! j'ai vu sous la simple influence d'introductions d'instruments volumineux faites tous les mois, ces viroles diminuer graduellement d'épaisseur de manière à faire espérer qu'elles disparaîtront complétement.

Si, comme je le pense, cette diminution progressive de l'induration des tissus qui formaient le

rétrécissement est facile à constater, la certitude des guérisons obtenues n'en est-elle pas la conséquence nécessaire?

En résumé :

Le traitement des rétrécissements par des introductions successives lentement graduées, quoique appartenant à la classe des méthodes par dilatation, en diffère cependant singulièrement par son principe, par son application et par ses résultats.

Là où les autres méthodes s'arrêtent forcément, il permet de continuer, sans que la douleur ou les chances d'accidents augmentent pour le malade, la dilatation jusqu'à ses véritables limites, c'est-à-dire jusqu'au moment où les instruments rempliront, non pas l'orifice, mais la partie saine et antérieure du canal.

Les faits et le raisonnement se réunissent pour démontrer que cette méthode, convenablement appliquée, donnera des guérisons non seulement complètes, mais radicales.

(*Extrait du Bulletin général de Thérapeutique*, avril 1849.)

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.
(Quartier de l'Ecole-de-Médecine.)